## **Załącznik nr 1**

...............................................................

 (pieczęć wykonawcy)

#### Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny

#### Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie

**ul. Wojska Polskiego 27**

**73-110 Stargard**

**OFERTA**

Nazwa : ......................................................................

Adres e-mail : ......................................................................

Siedziba: ......................................................................

Telefon / faks ......................................................................

NIP: ......................................................................

REGON: ......................................................................

Nr KRS/ ewidencji gospodarczej[[1]](#footnote-1): ......................................................................

Osoba upoważniona do podpisania umowy w przypadku uzyskania zamówienia:

…………………………………………………………………………………………

Wykonawca jest mikro/małym/średnim przedsiębiorstwem\* **□ TAK , □ NIE**

Nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu „przetargu nieograniczonego” nr **4/PN/D/PL/2019 r.** ogłoszonego w BZP oraz na stronie internetowej BIP i na tablicy ogłoszeń Zamawiającego, przeprowadzanego zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych **na dostawy środków dezynfekcyjnych do SPWZOZ w Stargardzie w podziale na 7 pakietów,** oferujemy następujące warunki realizacji dostaw:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet** | **Wartość brutto cyfrowo i słownie** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| … |  |
| 7 |  |

(zgodnie z danymi zawartymi w załączniku „A” do SIWZ, który stanowi nieodłączną część niniejszej oferty).

**Termin płatności wynosi 60 dni i liczony jest od daty otrzymania przez Zamawiającego zbiorczej faktury obejmującej miesiąc kalendarzowy.**

**W cenę towaru zostały wliczone wszelkie koszty włącznie z kosztami dostawy do Zamawiającego.**

Towary dostarczane będą do Apteki Zakładowej SPWZOZ w Stargardzie, ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard. Osobami upoważnionymi do odbioru i rozliczenia ilości towaru jest Kierownik Apteki Zakładowej lub inna osoba wskazana przez Zamawiającego.

Dostawy będą realizowane w dniach roboczych (tj. od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem przypadających w tym terminie dni ustawowo wolnych od pracy) w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od złożenia zamówienia (telefonicznie, faxem lub za pomocą poczty elektronicznej) przez Zamawiającego.

Informujemy że:

1. wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*
2. wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług …………………………………., których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to………………………………. zł netto\*.
	* + 1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
			2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji istotnych warunków zamówienia **– 30 dni.**
			3. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji istotnych warunków zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
			4. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie warunki określone w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz złożyliśmy wszystkie wymagane dokumenty potwierdzające spełnianie tych warunków.
			5. Oświadczamy, że przetwarzamy dane osobowe zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), oraz zobowiązujemy się do poinformowania podwykonawców o konieczności przestrzegania przez nich w/w przepisów przy wykonywaniu przedmiotu zamówienia.
			6. Oświadczamy, że powierzymy podwykonawcom wykonanie następującej części zamówienia (jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Powierzona podwykonawcy do wykonania część zamówienia** | **Firma podwykonawcy wykonująca dana część zamówienia jeżeli jest znana na etapie składania ofert** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

**Uwaga! \***Niepotrzebne skreślić.

**Załącznikami do oferty są :**

1. ............................................ itd.

............................................

 (Pieczęć i podpis Wykonawcy)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)